

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE PUERTO RICO
DIVISIÓN DE SUMINISTRO DE INFORMACIÓN MÉDICA
PO BOX 2129
SAN JUAN, PR 00922-2129

AUTORIZACIÓN

A quien pueda interesar:

Por la presente yo, _____, () a paciente

() representante, autorizo a _____,

Nombre de la persona a quien se autoriza

_____, a solicitar información medica del

Parentesco o relación con el paciente

expediente clínico de _____,

número de expediente: _____ ya sea a través de copias o certificado médico para

ser utilizado en _____.

Propósito

Nota: Esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición _____.

Si no especifica la misma, esta vencerá en un término de sesenta días a partir de fecha en que se firmó, a menos que sea revocada.

- Entiendo que el contenido de mi expediente médico contiene información relacionada a mi identidad, diagnósticos y tratamientos. Por tanto, ésta institución queda legalmente protegida sobre la Información de Salud divulgada sobre mi persona o mi representante.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar ésta información en cualquier momento y que ésta deberá ser por escrito y enviada a la División de Manejo de Información de Salud. No obstante, no podré solicitar que su cancelación aplique retroactivamente a información divulgada durante la vigencia de la autorización y a las gestiones de cobro de mi seguro médico. Además, estoy consciente de que la información divulgada a otros por el que la reciba y dicha divulgación no necesariamente estará protegida por las disposiciones sobre privacidad.
- Al firmar la confirmación, certifico que he leído las disposiciones de ésta autorización, que las entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en la misma.
- Si usted está firmando como Representante Autorizado del paciente deberá incluir autorización escrita y firmada por el paciente e identificación con foto al momento de recoger las copias.

Fecha

Firma de la Persona que autoriza